

秋田県における自殺の実態に関する調査結果の検討

伏見雅人^{1,2)}, 清水徹男³⁾

Masahito Fushimi, Tetsuo Shimizu

秋田県の自殺率は全国一高く、年間の自殺者数は400人を超える。こうした深刻な状況下において、自殺の実態を把握し、自殺予防対策を策定することは本県にとって急務である。そこで秋田県医師会では、自殺企図者の多くに対して医師会員が何らかの形で関与しており、よって医師会が主体となって自殺の実態を把握することは意義深く、自殺予防対策を立てる上でも医師会の関与は重要であるとの考えに立って自殺の実態調査を行った。調査期間は2001年7月1日から2002年6月30日で対象となった自殺者は138人(男性102人、女性36人)であった。調査の結果、年齢層では50~60歳代にピークがみられた。自殺の手段としては縊首が最も多く、場所は自宅敷地内の小屋などが多かった。また家人が不在か就寝中と考えられる時間帯に実行した事例が多かった。悩んでいた事としては経済・生活問題が最も多く、次いで健康問題であった。精神疾患ではうつ病・うつ状態が多く、性格傾向については几帳面や真面目など、うつ病親和性の高い項目が多かった。以上より、昨今の自殺者数の増加に経済状況の悪化が関与していることは否めないが、経済的な問題への対策と同様にうつ病対策も重要であるといえる。

<索引用語：秋田，医師会，うつ病，自殺>

1. はじめに

日本の自殺者数は1998年に急増し、大きな社会問題となったが、特に中高年男性の増加が際立っていたことから、経済状況の悪化との関連性を指摘する意見が多くみられた¹⁸⁾。警察庁発表によると2001年中における自殺者数は31,042人、自殺率は24.4人(人口10万人あたり)である¹⁷⁾。秋田県の自殺者数は秋田県警察の発表によると457人(2001年中)であり、厚生労働省の人口動態統計によると自殺率は全国で最も高い。こうした状況の下、自殺の実態を調査し、本県における

高い自殺率の原因究明を試みることは、ならびに自殺予防対策を立て、実施することは急務である。自殺予防のためには自殺に至った経緯の調査は重要であり、よって自殺者の生前の心理社会的状況や背景を評価する心理学的剖検法による調査や自殺未遂者を対象にした調査等^{1,3,5-13,24,26,27,31)}の価値はきわめて高いといえるが、本邦では遺族などからこの種の調査の同意を得るのは非常に難しいのが実情である。心理学的剖検法による調査・研究は欧米を中心として報告されており、これによると自殺者の多くは、生前に何らかの精神疾患、

著者所属：1) 秋田県精神保健福祉センター，2) 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター，3) 秋田大学医学部神経運動器学講座精神科学分野

Suicide patterns and characteristics in Akita, Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Volume 59, Number 3, p. 296-302, 2005

Masahito Fushimi, MD, Junya Sugawara, MD, Tetsuo Shimizu, MD

特にうつ病に罹患していたとされている。本邦の自殺に関する統計としては警察庁発表によるものが代表的であり、自殺の実態をある程度は正確に把握しているとされているが、遺書のない不審死など自殺かどうか判断に窮する場合も多いようである。また警察庁の統計では自殺の原因・動機に関してはすべて単一の原因・動機を特定して分類されているが、自殺の原因については多因子的であるとされており一人の自殺者に対して一つの原因・動機を特定することは合理性を欠くともいえる*。

本邦の自殺研究に関する報告で比較的が多いものは医療機関の受療者を対象としたものである。これには3次救急を行う病院を受診した自殺企図例についての報告、精神科病院入院中の自殺者の検討、外来治療を中心とする総合病院精神科外来や精神科診療所における自殺例の報告等^{2,4,5,14,15,21}がある。ただし、これらの報告はその背景が特殊であり、ただちに自殺者一般に敷衍することは難しい。一方、自殺企図者の多くは救急医療や検死など、何らかの形で医師が関与し、その際に患者や家族などから自殺の背景や要因についての様々な情報を得る機会がある。従って県医師会員が自己の経験した自殺事例についての情報を取得することは、自殺の実態把握に有用であるといえる。

本論文は秋田県医師会が主体となり県内の全医師会員に協力を依頼して行われた自殺の実態に関する調査の結果に若干の考察を加えて報告したものであり、秋田県医師会ならびに会員の皆様の本調査へのご協力に対しては、この場をお借りして深く感謝を申し上げる次第である。なお、本研究は平成13年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「自殺と防止対策の実態に関する研究」の分担研究として行われた。

2. 研究の方法および結果

調査票は対象者のプライバシーに配慮して作成し、各事例を経験した県医師会員に対して回答を依頼した。調査期間は2001年7月1日から2002年6月30日までの1年間とした。調査結果の分析は秋田大学医学部精神科学講座の協力を得て行った。調査票の質問事項は性、年齢、職業、居住地域、家族背景(配偶者の有無、離婚歴の有無、同居家族の人数等)、自殺の手段、場所、時間帯、自殺未遂の既往、遺書の有無、身体疾患既往歴、精神疾患既往歴、性格傾向、悩んでいた事(金銭問題、健康問題等)などである。結果の概要を以下に示す。対象となった自殺者は138人(男性102人、女性36人)であった。2001年中における本県の自殺者数は県警の発表によると457人(男性299人、女性158人)となっており、仮にこれを母集団とすると本調査は、その30.2%(男性34.1%、女性22.8%)にあたる。また県警発表の自殺者群と本調査における自殺者群の間には性比・年齢構成に関して統計学的な有意差は認められなかった(χ^2 検定, SPSS 11.5 J)。性比に関しては男性73.9%、女性26.1%であった。年齢分布は16~93歳で、平均年齢57.0±17.4歳(男性55.1±16.9歳、女性62.5±20.8歳)であった。年齢層別にみると50~60歳代にピークがみられ、しかもその多くは男性であり、女性は男性よりも高齢の80歳以上で増加が目立っていた。50歳以上の人は全体の67.4%、60歳以上の人は全体の46.4%を占めていた。自殺の手段は、縊首が圧倒的に多く105人(76.1%、男性78人、女性27人)となっており、次いで入水11人(8.0%、男性6人、女性5人)、ガス(一酸化炭素中毒)11人(8.0%、男性11人)、投身4人(2.9%、男性2人、女性2人)、服薬2人(1.4%、男性1人、女性1人)、切創1人

* : 警察庁の自殺統計原票に関する見直しが行われ、平成20年度以降に公表される自殺統計については、遺書等の資料から自殺の原因・動機が明らかに推定できる場合に限って該当する原因・動機を計上すること、原因・動機が複合すると認められる場合には原因・動機を三つまで計上できることとなり、また原因・動機の項目もより自殺対策に資するよう整理されている。

(0.7%, 男性1人), 焼身1人(0.7%, 男性1人), 絞首1人(0.7%, 男性1人), 不明2人(1.4%, 男性1人, 女性1人)であった。また場所に関しては, 自宅およびその周辺が94人(68.1%)と, 自宅以外43人(31.2%)や不明1人(0.7%)に比べて圧倒的に多かった。また自宅の内訳をみると小屋が32人(34.0%)と最も多かった。自殺の時間帯では不明の28人を除く110人についてみると, 深夜から早朝, あるいは正午から夕方にかけて多くなる傾向にあり, 逆に朝・夕の家族が在宅していることが多いと推定される時間帯には少なくなる傾向がみられた。過去の自殺未遂歴については62人(44.9%)に未遂歴がなかった。これに対し, 未遂歴が確認されたのは12人(8.7%)で, そのうち2回以上未遂歴があったのは4人であった。また64人(46.4%)については未遂歴の有無を確認できなかった。遺書の有無に関しては, 遺書が確認されたのは36人(26.1%, 男性32人, 女性4人)であった。家族構成に関しては, 同居家族がいたのは106人で, 同居家族がいなかったのは12人であった。既往の身体疾患(複数回答可)が確認できたのは35.5%(男性40.2%, 女性22.2%)で, その内訳は高血圧11人(男性9人, 女性2人), 骨・関節疾患9人(男性6人, 女性3人), 消化器疾患8人(男性7人, 女性1人), 脳血管疾患7人(男性7人), 糖尿病6人(男性6人), 悪性腫瘍5人(男性5人), 心臓疾患4人(男性3人, 女性1人), 呼吸器疾患3人(男性3人), その他及び不明14人(男性10人, 女性4人)であった。既往の精神疾患(複数回答可)が確認できたのは28.3%(男性24.5%, 女性38.9%)で, その内訳はうつ病・うつ状態が20人(男性12人, 女性8人)と最も多く, 神経症7人(男性4人, 女性3人), アルコール症2人(男性2人), 統合失調症1人(男性1人), 人格障害1人(男性1人), その他及び不明8人(男性5人, 女性3人)となっており, 精神的疾患全体の約50%をうつ病・うつ状態が占めていた。性格傾向に関する項目(複数回答可)については138人中の

51人(38.6%)から回答が得られた。うつ病親和性が高いと考えられる几帳面, 真面目の2項目が多く, 几帳面23人(男性15人, 女性8人), 真面目18人(男性15人, 女性3人)であった。次いで, 静か11人(男性8人, 女性3人), 親切9人(男性8人, 女性1人), 社交的9人(男性6人, 女性3人), 神経質9人(男性6人, 女性3人)であった(複数回答可)。生前に悩んでいた事項(複数回答可)に関する結果は, 経済問題33人, 健康問題28人, 健康以外の自分の問題28人, 家庭の問題20人, 仕事の問題14人, 事故3人, 対人関係の問題1人, 不明11人であった。また年齢層別に検討すると, 39歳以下は健康以外の自分の問題, 40~59歳は経済問題, 60歳以上は健康問題に関する悩みが多い傾向がみられた。なお, 本調査結果の詳細については秋田県医師会から「自殺予防対策アンケート調査報告書, 秋田県自殺予防対策プロジェクト委員会, 平成15年12月」の一部として公表されている。

3. 苦労・工夫したこと

自殺の実態把握のためには可能な限り詳細な情報を入手することが望ましい反面, 詳細な情報を入手しようとするれば, プライバシーを侵害する危険性が高まり, 調査に対する同意や協力を得ることが難しくなる上, 調査回答者の負担も増大するといったジレンマを抱える。自殺者の個人情報を扱う本研究の性格上, 調査対象者のプライバシーへの配慮及びデータの管理には最大限の注意を払ったが, 具体的には調査票の書式作成に際して県医師会に自殺予防対策に関する専門委員会を設置し, その委員会と県医師会顧問弁護士との間で協議を行い, 個人の特定ができないように配慮された調査票を作成した。さらに, 調査票の回収及び集計は前述の専門委員会が行い, データは県医師会内部でのみ管理され外部に漏洩することのないように配慮した。また秋田大学医学部精神科学講座では既に集計済みのデータの分析や解釈において関与することのみにその役割を限定した。なお, 本研究に関しては秋田大学倫理委員会からも倫理

上問題はないとの判断を得ている。調査回答者の負担に関しては、レトロスペクティブに既存のデータを用いるこの種の調査においては比較的回答者の負担は少ないといえるが、それでも日常診療を行いながらこうした調査に協力する医師会員の負担は決して無視できるものではない。従って診療録等の記載からわかる範囲内で回答していただく、既往の精神疾患についてもDSM等の操作的診断基準や構造化面接等を統一的に用いることは要求しないなどとし、できるだけ多くの会員から回答が得られるよう心掛けた。

4. 本論文の意義

従来の本邦における自殺研究は、特定の医療機関受療者を対象としたものが比較的に多い。これらの研究が自殺の実態把握に資する所は大きいだが、結果をただちに自殺者一般に敷衍することは難しいともいえる。今回の調査は、自殺企図者の多くには、医師会員が何らかの形で関わっており、そのために自殺の背景にある様々な要因に関連する情報を取得しやすく、その後策定されるべき自殺予防対策にも医師会員の協力が不可欠であるとの考えのもとづいて行った。先に述べたように心理学的剖検法は有益な情報が得られるが、本邦においては調査への協力を得るのが難しく事例がなかなか集まらないという難点がある。本調査は心理学的剖検法に比べてより現実に即した調査であるといえよう。

今回、性比に関しては男性が優位(男性73.9%、女性26.1%)であったが、警察庁の発表する全国的な統計(2001年中)においても自殺者全体の71.3%を男性が占めており¹⁷⁾、結果は概ね一致していた。年齢層別にみると50~60歳代の男性が多く、また女性は男性よりも高齢層で増加がみられていた。一般に自殺者は女性よりも男性に多いが^{25,33,34)}、わが国においては高齢になると女性の割合が増加し男女の較差が縮まるといわれている^{22,33,34)}。今回も概ね同様の結果であったといえる。警察庁の統計によると、自殺者の原因・動機では健康問題が第1位、次いで経済・生

活問題となっており、また1998年には第2位である経済・生活問題の増加が顕著であった^{16,17)}。県警の発表によると、本県においても全国と概ね同様の傾向にあったが、経済・生活問題によるとされる自殺者の増加によって2002年には、前年まで原因・動機の第1位であった健康問題にかわり経済・生活問題が第1位となった。本調査においても生前に悩んでいた事としては経済問題の占める割合が最も高く、次いで健康問題であった。また、今回の結果を本県と同様に自殺率の比較的高い県である新潟県の一地域を対象とした調査結果^{19,20,32)}と比較すると多くの類似点がある。新潟県東頸城郡は豪雪、過疎、高齢化を特徴とする地域であるが、この地域を対象とした調査結果では、自殺の時期・時間帯では冬期間よりも農繁期で家族が農作業に出ている時間帯に多く、逆に家族のいる時間帯には少なかった。自殺の手段は縊首が最も多く、場所は大部分が自宅敷地内であり、家庭状況では二・三世同居で配偶者のいない人が多かった等の特徴があげられている。我々の調査が都市部を含む秋田県全体を対象とした調査であるのに対し、前述の調査は新潟県内の一農村地帯を対象としているという違いはあるが、興味深い結果といえる。今回の調査を行うにあたっては、何故本県の自殺率が全国一高いのか、他の地域に比べて本県に特異的な自殺率を引き上げる要因が存在するのか、を解明したいという意図もあったが調査結果からは本県に特異的な要因を見出すことはできなかった。

今回、身体疾患についてみると、多くが慢性疾患(生活習慣病)であり、生命予後に直接かかわるような疾患は比較的に少なかった。こうした疾患が自殺に及ぼす影響として考えられるのは、身体疾患が高齢者の家庭内での役割や生き甲斐の喪失をもたらし、これが「迷惑をかけている」、「役に立たない人間は死ぬことが美德である」といった考え方を生じせしめた、身体疾患がうつ病やうつ状態の誘因として働き、そのため些細な身体的不調を心氣的に捉えてしまい大きな苦悩をもたらした、などの可能性が考えられる。一方、精神疾

患ではうつ病・うつ状態が最も多く、自殺の要因になっていると推察される。従来から指摘されている通り^{23,28~30)}、うつ病の早期発見・早期治療は自殺予防対策において重要であるといえる。また、性格傾向についてはうつ病親和性の高い項目が多かったが、精神疾患でうつ病・うつ状態が多かった事実を考え合わせると意義深い結果といえる。

以上の検討を踏まえると、自殺には医学的な介入が比較的容易であると推定される事例と逆に介入が困難と推定される事例との大きく2つに分けて考えることができよう。前者にはうつ病など精神疾患を背景とする自殺などがあるが、その対策としては精神疾患に対する偏見の解消、かかりつけ医のうつ病など精神疾患に対する診療技術の向上、精神科救急と一般救急との連携の強化、医療機関以外の相談窓口等の充実などがあげられる。後者には不況による経済的な問題を背景とする自殺などがあるが、その対策としては経済的な問題に関する相談窓口の充実、産業保健と地域保健との連携の強化などがあげられる。特に中高年男性の自殺に関しては社会情勢を反映した経済問題を背景とする自殺が多く、医療モデルのみでは防ぐことが難しい事例が多いのではないと思われる(ただし、このようにみえても実はその背景にうつ病が存在しているといった事例は相当数あると推測されるが)。今後、さらに検討を加え、このような点について解明してゆくことは本県の自殺予防対策を策定するにあたり極めて重要であると考えられる。

5. 今後の課題および方向性

本調査における自殺者群と県警の発表による全県の自殺者群(2001年中)との間には性比・年齢分布に関して有意差を認めなかった。これは本調査が自殺の実態を把握する手段としてある程度の妥当性を有していたものといえる。しかし調査の対象者数は138人であり、本県の自殺者数が年間400人超であることを考えると対象者数は十分であるとはいえない。この点に関しては本調査が県医師会員の全員に協力を依頼し、会員からの自

発的な報告によるものであるという性格上、ある程度はやむを得ないかもしれないが、今後の調査における課題であろう。また同様の理由から、例えば疾患に関しても統一的な診断基準や構造化面接を用いることはしなかった。従って、回答にはある程度記載した医師会員の主観的要素が入っていたことは否めない。レトロスペクティブに情報を収集する本研究においては診療録等の記載からわかる範囲内での回答であるため不明の項目が多くなりがちであり、やむを得ない面もあるが今後はより客観的な情報収集を目指すべきと考える。本調査では悩んでいた事に関して多重回答形式を採用した。警察庁統計のように単一の原因・動機を特定するよりも悩みが複雑多岐にわたるという実態を反映し、現実に即しているといえる反面、複数の項目の中でより大きな影響を及ぼしていた項目はどれであったのかわかり難くなったのは事実である。本論文の発表後も、自殺の実態に関する様々な報告が国内においてなされている。自殺予防対策は正確な実態の把握のもとに推進されることが理想である。従って難しい面は多々あるが、今後は本邦においても欧米の心理学的剖検研究に匹敵するような報告が数多くなされ、本邦の自殺研究が量・質ともに充実していくことが期待される。

文 献

- 1) Alexopoulos, G.S.: Psychological autopsy of an elderly suicide. *Int J Geriatr Psychiatry*, 6; 45-50, 1990
- 2) 青山慎介, 白川 治, 保坂卓昭ほか: 1精神科診療所における20年間にわたる自殺症例の検討. *精神医学*, 44; 685-691, 2002
- 3) Arato, M., Demeter, E., Rihmer, Z., et al.: Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatr Scand*, 77; 454-456, 1988
- 4) Asukai, N.: Suicide and mental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49 (Suppl. 1); S91-97, 1995
- 5) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害: 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. *精神誌*, 96; 415-443, 1994

- 6) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al. : A hundred cases of suicide : clinical aspects. *Br J Psychiatry*, 125 ; 355-373, 1974
- 7) Batschelor, I.R.C., Napier, M.B. : Attempted suicide in old age. *Br Med J*, 28 ; 1186-1190, 1953
- 8) Cheng, A.T., Chen, T.H., Chen, C.C., et al. : Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry*, 177 ; 360-365, 2000
- 9) Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., et al. : Relationships of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide : a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*, 153 ; 1001-1008, 1996
- 10) Conwell, Y., Duberstein, P.R., Caine, E.D. : Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry*, 52 ; 193-204, 2002
- 11) Dorpat, T.L., Boswell, J.W. : An evaluation of suicidal intent in suicide attempts. *Compr Psychiatry*, 4 ; 117-125, 1963
- 12) Greer, S., Lee, H.A. : Subsequent progress of potentially attempted suicides. *Acta Psychiatr Scand*, 43 ; 361-371, 1967
- 13) Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., et al. : Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 150 ; 935-940, 1993
- 14) 石原武士, 山本佳子, 山本博一ほか : 外来治療を中心とする総合病院精神科患者の自殺. *精神医学*, 36 ; 1057-1064, 1994
- 15) 上條吉人, 堤 邦彦, 本田美知子ほか : 「完全自殺マニュアル」による自殺企図. *精神医学*, 38 ; 267-273, 1996
- 16) 警察庁保安部防犯企画課 : 平成 10 年中における自殺の概要. 1999
- 17) 警察庁生活安全局地域課 : 平成 13 年中における自殺の概要資料. 2002
- 18) Kishi, Y., Kathol, R.G. : Assessment of patients who attempt Suicide. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 4 ; 132-136, 2002
- 19) 小泉 毅, 磯野靖男, 山川かほるほか : 老年期の精神保健活動—老人自殺多発地域における老年期うつ病の疫学調査と自殺防止活動—. *臨床精神医学*, 19 ; 53-61, 1990
- 20) 森田昌宏, 須賀良一, 内藤明彦ほか : 新潟県東頸城郡における老人自殺の実態. *社会精神医学*, 9 ; 610-616, 1986
- 21) Murase, S., Ochiai, S., Ueyama, M., et al. : Psychiatric features of seriously life-threatening suicide attempters : a clinical study from a general hospital in Japan. *J Psychosom Res*, 55 ; 379-383, 2003
- 22) 大原浩市, 岡本典雄, 大原健士郎 : 老人と自殺. *臨床精神医学*, 22 ; 709-714, 1993
- 23) Ono, Y., Tanaka, E., Oyama, H., et al. : Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55 ; 605-610, 2001
- 24) Rich, C.L., Young, D., Fowler, R.C. : San Diego suicide study. I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 43 ; 577-582, 1986
- 25) Rihmer, Z. : Strategies of suicide prevention : focus on health care. *J Affect Disord*, 39 ; 83-91, 1996
- 26) Rosen, D.H. : The serious suicide attempt : epidemiological and follow-up study of 886 patients. *Am J Psychiatry*, 127 ; 764-770, 1970
- 27) Rubenstein, R., Moses, B., Lidz, T. : On attempted suicide. *AMA Arch Neurol Psychiatry*, 79 ; 103-112, 1958
- 28) Rutz, W., Walinder, J., Eberhard, G., et al. : An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland : background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*, 79 ; 19-26, 1989
- 29) Rutz, W., von Knorring, L., Walinder, J. : Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*, 80 ; 151-154, 1989
- 30) Rutz, W., von Knorring, L., Walinder, J. : Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*, 85 ; 83-88, 1992
- 31) Stengel, E., Cook, N.G., Kreeger, M.B. : Attempted Suicide. Its Social Significance and Effects. *Maudsley Monographs*, Oxford University Press, Oxford, 1958
- 32) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏ほか : 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動—老年期うつ病を中心に—. *精神経誌*, 100 ; 469-485, 1998
- 33) 高橋祥友 : 高齢化社会と自殺. *精神医学*, 35 ; 385-389, 1993
- 34) 高橋祥友 : 自殺予防. *臨床精神医学*, 23 ; 809-815, 1994